

## KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN RAVITSEMUKSEN TUKEMINEN

Hanna Maasola c25681

Opinnäytetyö kevät 2018

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

## TIIVISTELMÄ

Maasola, Hanna. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen tukeminen. Helsinki, kevät 2018 45 s. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Ikääntyneiden lukumäärän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet samalla, kun hoitohenkilöstön määrä on vähentynyt. Työntekijöiden työssään kokemat riittämättömyyden tunteet ovat kasvaneet, ja he ovat huolissaan työntekijöiden määrän vähäisyyden asiakkaille aiheuttamista riskeistä. Merkittävä osa kotihoidon asiakkaista on aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. Aliravitsemusriskien varhainen toteaminen ja korjaavien toimenpiteiden kohdentaminen riskiryhmille auttaa ehkäisemään aliravitsemuksesta aiheutuvien terveysongelmien kehittymistä. Oikeiden toimenpiteiden oikea-aikaisella kohdentamisella voidaan edesauttaa asiakkaiden hyvinvointia ja ehkäistä raskaampien terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka kotihoidon hoitajat seuraavat asiakkaidensa ravitsemustilaa ja kuinka he puuttuvat havaitsemiinsa ongelmiin asiakkaidensa ravitsemuksessa. Lisäksi pyrittiin selvittämään hoitajien mahdollisia tuen tarpeita asiakkaidensa ravitsemuksen toteuttamisen suhteen.

Opinnäytetyön toteuttamiseksi Helsingin kaupungin kotihoidossa työskenteleville lähihoitajille tehtiin joulukuussa 2018 kaksi ryhmäteemahaastattelua, kahdella eri lähipalvelualueella. Haastatteluilla kartoitettiin hoitajien näkemyksiä asiakkaidensa iänmukaisen ravitsemuksen toteutumisesta, ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä ongelmien syistä ja ratkaisukeinoista.

Opinnäytetyöstä saadut tulokset osoittavat, että asiakkaan tarpeet huomioon ottavan iänmukaisen ravitsemuksen sekä ravitsemustilan seurannan toteuttamisessa kotihoidossa on paljon kehittämistarpeita. Haastatteluissa nousi esille se, että hoitajat pitivät kiirettä suurimpana hyvän hoidon toteutumista haittaavana tekijänä. Hoitajat toivoivat nykyistä enemmän koulutusta. Se, että tuntisi varmasti osaavansa, tietävänsä kuinka toimia erilaisissa työssä kohtaamisissaan ongelmatilanteissa, tukisi kiireisessä työtahdissa jakamista.

Asiasanat: kotihoito, vanhukset, ravitsemus, ravitsemuksen seuranta

## ABSTRACT

Maasola, Hanna. Ensuring the Nutrition of Home Care Patients. 45 p. Language: Finnish. Helsinki Spring 2018. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme of Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse

It is estimated that the number of elderly people in Finland will nearly double by the year 2030. The number of homecare clients has increased while the number of nursing staff has decreased. The feelings of inadequacy have grown amongst the nursing staff and they are worried about the patients' security risks caused by the low amount of staff. A significant number of home care patients are at the risk of undernourishment or they are undernourished. An early observation of undernourishment risks and targeted actions to the risk groups helps to prevent health problem development and diminishes the need for more severe health service measures.

The aim of this thesis was to investigate how home care nurses monitor the nutritional status of their patients and how they assess the nutritional problems they observe. Another goal was to find out homecare staff members' need for support in ensuring their patients' nutrition.

Two theme group interviews were organized for homecare practical nurses, in two different homecare units in Helsinki, to collect the data. The interviews surveyed the nurses' views on the execution of nutritional care, nutritional problems and the causes and solutions for the problems.

The results achieved by this study show that there are many development needs in ensuring patient based, age sensitive nutrition and the execution of nutritional monitoring. The results indicate that the nurses considered haste as the main obstacle to ensuring good care for their patients. The nurses wished for more training. In their opinion, knowing how to act in various problematic situations would support their coping with their busy work.

Keywords: home care, elderly people, nutrition, nutrition monitoring

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO .....	6
2. KOTIHOITO .....	8
2.1 Kotihoito Helsingissä .....	10
2.2 Sairaanhoidajan tehtävät kotihoidossa .....	10
2.3 Lähihoitajan tehtävät kotihoidossa.....	12
2.4 Ruokailun toteuttaminen kotihoidossa.....	13
3. IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS .....	15
3.1 Vajaaravitsemus .....	15
3.2 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen seuranta .....	16
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA .....	19
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	20
5.1 Tutkimusympäristö ja tutkimushenkilöt .....	20
5.2 Tutkimusmenetelmä.....	21
5.3 Aineiston keruu .....	22
5.2 Aineiston analyysi.....	22
6. TUTKIMUSTULOKSET .....	24
6.1 Hoitajien näkemys asiakkaidensa ravitsemuksesta.....	24
6.2 Asiakkaiden ravitsemuksen tukeminen.....	25
6.3 Systemaattisten ravitsemustyökalujen käyttö .....	27
6.4 Hoitajien työn tukeminen.....	28
7. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	30
8. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	32
9 . AMMATILLINEN KASVU.....	34
LÄHTEET:.....	36
LIITTEET .....	39

Liite 1. Kotihoidossa käytettäviä toimintakyvyn mittareita.....	39
Liite 2. Haastattelun teemat.....	40
Liite 3. Esittelykirje kotihoidon tiimeille.....	41
Liite 4. Esitietolomake .....	42
Liite 5. Haastateltujen hoitajien ikä ja työkokemus.....	43
Liite 6. MNA.....	44
Liite 7. MUST .....	45

## 1. JOHDANTO

Kesäkuussa 2017 reilu miljoona suomalaista oli täyttänyt 65 vuotta. Heistä suurin osa, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 150 000. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluita (säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea) saa noin 95 000 henkilöä. Ikääntyneiden lukumäärän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä, joten palvelujen tarve tulee lisääntymään. Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä kyse ei ole vain iäkkäiden määrän kasvusta vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin, samalla vähenee lasten ja työikäisen väestön määrä. (STM 2017. 10-13.)

Itä-Suomen yliopisto teki vuosina 2013-2014 NutOrMed – Laatusäilytyksen ja lääkehoitoon -tutkimuksen. Tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä kotihoidon asiakkaista 86% on aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. Aliravitsemusriskillä on yhteys sekä monien lääkkeiden yhtäaikaisten käytön, kognitiivisten kykyjen heikkenemisen ja masennusoireiden kanssa. Ravitsemusongelmien ehkäiseminen ja hoitaminen edellyttävät säännöllistä ravitsemustilan arviointia, jatkuvaa ruokailun seurantaa ja havaittujen ongelmien korjaamista. Ruokavalioiden toteuttamiseen tarvitaan kotihoidon henkilöstön, ateriapalvelun tuottajan ja ravitsemusterapeutin yhteistyötä. (Kaipainen. 2015.) Kotihoidon asiakasmäärät ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan kasvaneet samalla, kun hoitohenkilöstön määrä on vähentynyt (THL 2017).

Riittävästä ja hyvästä ravitsemuksesta huolehtimisella ja virheravitsemusriskiä lisäävien sairauksien varhaisella toteamisella pystyttäisiin ehkäisemään kansantaloudellisesti kalliita sairauksia. (Salo 2012, 68.) On tärkeää saada tietoa ikääntyneiden aterioinnista ja mahdollisista ongelmista, jotta erilaisia ateriapalveluita voidaan kehittää asiakkaiden omatoimisuutta tukeviksi ja henkilöiden omia voimavaroja hyödyntäviksi. (Alden-Nieminen. 2009.)

Näyttöön perustuvien vajaaravitsemuksen seulontamenetelmien käyttöönotto ei automaattisesti toteudu hoitotyössä. Systemaattiset seulontamenetelmät ovat kuitenkin merkittävästi subjektiivista arviointia luotettavampia ja tehokkaampia. Mahdollisten ravitsemusongelmien varhainen havaitseminen ja vajaaravitsemuksen hoitaminen on tehokasta ja vaikuttavaa hoitoa, jolla on suuri merkitys vajaaravitun hyvinvoinnille. (Elomaa 2015. 3-12.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on etsiä keinoja ravitsemuksellisten tarpeiden arvioinnin tehostamiseen. Mahdollisten vajaaravitsemusongelmien tehokkaalla hoitamisella on myös taloudellista merkitystä: aliravitseminen paitsi aiheuttaa hoidon tarvetta, myös hidastaa sairauksien paranemista ja lisää terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Aliravitsemusriskien varhainen toteaminen ja korjaavien toimenpiteiden kohdentaminen riskiryhmille auttaa ehkäisemään aliravitsemuksesta aiheutuvien terveysongelmien kehittymistä. Oikeiden toimenpiteiden oikea-aikaisella kohdentamisella voidaan edesauttaa asiakkaiden hyvinvointia ja ehkäistä raskaampien terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Opinnäytetyöni toteuttamiseksi järjestin joulukuussa 2017 Helsingin kaupungin kotihoidossa työskenteleville lähihoitajille kaksi 3-4 hengen ryhmäteemahaastattelua, kahdella eri lähipalvelualueella. Haastatteluilla kartoitin hoitajien näkemyksiä kotihoidon asiakkaiden iänmukaisen ravitsemuksen toteutumisesta, ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä ongelmien syistä ja ratkaisukeinoista. Lisäksi pyrin selvittämään hoitajien tiedollista osaamista ikääntyneiden hyvän ravitsemuksen perusteista ja ravitsemustilan arvioinnista.

## 2. KOTIHOITO

*Kotihoidolla* tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa, kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta. *Kotisairaanhoito* tarkoittaa kotona tehtävää terveydenhuolloksi katsottavaa toimintaa, kuten lääkehoidon toteuttamista. Kotisairaanhoidon toteutuksesta vastaavat sairaanhoitajat ja lähihoitajat. *Kotipalvelu* on vanhusten kotona tapahtuvaa hoitoa, johon ei sisälly sairaanhoidollisia elementtejä vaan esimerkiksi ravitsemuksesta ja hygieniasta huolehtimista. (Valvira 2015.)

Kotihoidon palveluilla autetaan kotona asuvia, eri ikäisiä avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että asiakas voi asua turvallisesti kotonaan tai palvelutalossa mahdollisimman pitkään. Kotihoitopalveluita voi saada sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn takia. Valtaosan kotihoidon asiakkaista muodostavat ikääntyneet henkilöt. Muita asiakasryhmiä ovat esimerkiksi vammaisasiakkaat, päihdeasiakkaat ja mielenterveyskuntoutujat. (Ikonen 2015, 15-19.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi lasketaan ne kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai jotka muuten (ilman palvelusuunnitelmaa) saavat säännöllisesti vähintään kerran viikossa palveluja. (STM, 2017.)

Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, sosiaalihuoltoasetuksessa ja kansanterveyslaissa. Kotihoito muodostuu sosiaalihuoltolain (1301/2014) 20. pykälän ja sosiaalihuoltoasetuksen (610/1983) 9. pykälän mukaisista kotipalveluista ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25. pykälän mukaisesta kotisairaanhoidosta. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) kunnat velvoitetaan suunniteltaessa palveluja tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja painottamaan kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä.

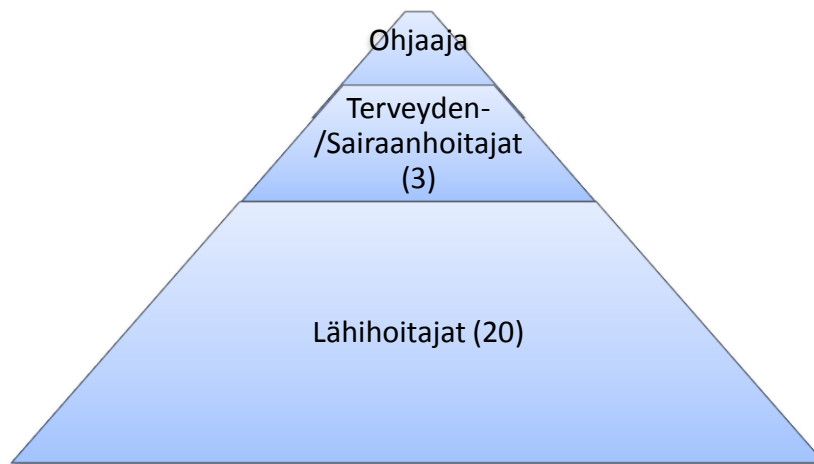
Kotihoito on moniammatillista hoitotyötä, johon osallistuvat muun muassa kotihoidon lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja ravitsemusterapeutit. Kotipalvelun tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluita ovat esimerkiksi ateriapalvelut, siivous, sauna- ja kylvetyspalvelut tai turvapuhelinpalvelut. Niitä voidaan järjestää myös erikseen, ilman muuta kotipalvelua. Kotipalvelun tukipalveluja tuottavat yleensä yksityiset palveluntuottajat ja ne ovat saajalleen maksullisia (Valvira 2015).

Viime vuosina on otettu käyttöön tablettitietokoneen avulla toteutettavia näköpuheluita, etähoitoa. Etähoito on parin viime vuoden aikana lisääntynyt merkittävästi ja etälaitteen käyttötavat ovat alkaneet monipuolistua. Virtuaaliyhteys tosin sopinee vain suhteellisen hyväkuntoisille asiakkaille – pitkälle edenneen muistisairauden kanssa tabletin kautta kommunikointi voi olla liian hankalaa.

Vuonna 2018 julkaistussa Suomen vanhustyötä pohjoismaisessa vertailussa käsittelevän ”Hoivatyö muutoksessa”-raportin (Kröger 2018, 16-42) mukaan kymmenen vuoden kuluessa (2005-2015) suurin muutos kotihoidon työtehtävissä on ollut hallinnollisten tehtävien ja kirjaamisen lisääntyminen. Lähes kolme neljästä hoitajasta (72%) on joko täysin tai osittain sitä mieltä, että tehtävien kirjaamiseen kuluu liikaa aikaa. Asiakkaiden avustaminen hygienian hoidossa on myös lisääntynyt, mikä viittaa siihen, että kotihoidon palvelujen käyttäjät ovat entistä huonokuntoisempia. Työntekijät voivat yhä harvemmin käyttää aikaa asiakkaiden sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutukseen. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet. Kotihoidon työntekijöiden kokemus siitä, että asiakasmäärä on liian suuri, on myös kasvanut. Työpaineen liialliseksi kokevien osuus on noussut 13 prosenttiyksikköä kymmenessä vuodessa. Vuonna 2015 42 prosenttia työntekijöistä sanoi, että heillä on useimmiten työssään liian paljon tekemistä. Joka kolmas hoitaja ilmoitti tuntevansa itsensä usein riittämättömäksi, koska hänen asiakkaansa eivät saa kohtuullista apua. Yli kolmasosa kotihoidon työntekijöistä kantaa huolta siitä, että työntekijöiden vähäisyys aiheuttaa asiakkaille riskejä ja 74% on ainakin jonkin verran huolissaan asiasta. Sekä palkalliset että palkattomat ylityöt ovat lisääntyneet kotihoidossa. Kuusikymmentäyksi prosenttia hoitajista jätti päivittäin tai viikoittain lounastauon pitämättä tai lyhensi sitä kiireen vuoksi. (Kröger 2018, 16-41.)

## 2.1 Kotihoito Helsingissä

Helsingissä kotihoidon toteutus on jaettu kahdeksaan alueeseen (eteläinen-, itäinen-, kaakkoinen-, keskinen-, koillinen-, lounainen-, läntinen- ja pohjoinen kotihoitoyksikkö). Alueet jakautuvat useisiin lähipalvelualueisiin, joissa kussakin työskentelee yksi kotihoiton ohjaaja. Kotihoidon ohjaaja toimii esimiehenä tiimille, joka muodostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista ja mahdollisesti kodinhoitajista (joilla ei ole lähihoitajan tutkintoa eikä näin ollen oikeutta lääkehoidon toteuttamiseen).



Kuvio 1. Esimerkki lähipalvelualueen tiimin henkilöstöstä

Kotihoito koostuu välillisestä ja välittömästä työstä. Välittömäksi työajaksi lasketaan asiakkaan kotona tehtävä työ. Kaikki muu työ määritellään välilliseksi asiakastyöksi. Helsingin kaupungin suositus on, että terveyden- ja sairaanhoitajat tekevät työpäivän aikana 30% työajasta välitöntä työtä ja lähihoitajat 60%. (Helsingin kaupunki 2007.) Välittömään työaikaan ei lasketa aikaa, joka hoitajilta kuluu asiakkaiden luota seuraavien asiakkaiden luo siirtymisiin, joten asiakaskäynnit vievät työajasta merkittävästi edellä mainittuja prosenttiosuuksia pidemmän ajan.

## 2.2 Sairanhoitajan tehtävät kotihoidossa

Sairanhoitajan tehtäviin kotihoidossa kuuluu kotihoidon tiimin terveydenhoidollisena ja sairaanhoidollisen asiantuntijana toimiminen. Hän varmistaa osaamista tiimissä, ohjaa ja ottaa vastaan lääkehoidon ja sairaanhoidon toimenpiteiden näyttöjä, kuten esimer-

kiksi lähihoitajien lääkkeidenjaon tai lääkkeiden pistoshoidon osaamisen näyttöjä. Sairaanhoitaja suorittaa myös sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kuten esimerkiksi vaativia haavanhoitoja. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä asiakkaan, omaisen, lääkärin ja vastuuhoidajan kanssa. Sairaanhoitajalle kuuluu kokonaisvastuu tiimin asiakkaiden lääkeshoidon toteuttamisesta. (Helmi 2018.)

Suuri osan sairaanhoitajan työajasta kuluu asiakkaiden avuntarpeen ja hoidon koodinointiin. Sairaanhoitajalta odotetaan osaamista sisätautien, kirurgian, geriatrian, ortopedian ja psykiatrian hoitotyöstä. Sairaanhoitajan on kyettävä asiakkaan hoidon tarvetta arvioidessaan ottamaan huomioon monia eri näkökulmia, kunkin asiakkaan yksilölliset tarpeet. Sairaanhoitajalta vaaditaan nopeaa päätöksentekokykyä ja ongelmanratkaisutaitoa. Kotihoidon sairaanhoitajan vastuu on suuri. Työtä tehdään pääasiassa yksin: mahdollisuus lääkärin konsultoimiseen on rajallinen. Kotihoidon sairaanhoitajan työnkuvaa määriteltäessä korostuvat neljä kvalifikaatiovaatimusta: sosiaalinen- ja tunneosaaminen, kliininen osaaminen, yhteistyöosaaminen sekä kehittämis- ja kehittymisosaaminen. (Tyyskänen 2014. 12-14.)

Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus –hankkeen raportin (Eriksson 2014) mukaisista sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaamisalueista suurin osa tulee hallita hyvin. Gerontologinen hoitotyö ja kotisairaanhoido ovat luonnollisesti keskeisimmässä asemassa. Sairaanhoitajan tulee osata arvioida asiakkaan hoidon tarve ja kirjata se rakenteisesti.

Sairaanhoitajalla tulee olla vahva lääkehoidon osaaminen. Kotihoidon lääkäriresurssit ovat niukat, joten sairaanhoitajan tulee osata arvioida asiakkaidensa lääkehoidon toteutumista ja mahdollisia muutostarpeita - sairaanhoitaja päättää asiakkaidensa mahdollisesta lääkärin konsultaation tarpeesta. Monilla asiakkailla on useita sairauksia, sisätauti-potilaan hoitotyön osaaminen auttaa asiakkaiden (uusien) oireiden mahdollisten syiden ymmärtämistä tarvittavien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aloittamiseksi.

Kirurgisen potilaan hoitotyön osaamista tarvitaan usein: kotihoidon asiakkaiden kaatuminen johtaa usein esimerkiksi lonkkamurtumaan. Monille kotihoidon asiakkaille tehdään erilaisia verisuonikirurgisia toimenpiteitä esimerkiksi vaikeiden haavojen paranemisen edistämiseksi.

Vanhuspotilaiden jälkeen suurin kotihoidon asiakasryhmä on mielenterveyspotilaat, joten kotihoidon sairaanhoitaja tarvitsee psykiatrisen hoitotyön menetelmien osaamista. Kaikissa kotihoidon asiakasryhmissä on myös päihdeongelmaisia asiakkaita. Päihde-työn osaamista tarvitaan, kotihoidon päihdeasiakkailta on yleensä pitkä päihdehistoria takanaan.

Akuutin hoitotyön osaamista tarvitaan: asiakkaiden vointi saattaa muuttua hyvin nopeasti ja hoitajan tulee osata arvioida mahdollinen kiireellisen hoidon tarve. Palliatiivisen ja elämän loppuvaiheen hoitotyön osaamista tarvitaan päivittäin. Useilla kotihoidon asiakkailta on palliatiivinen hoitolinjaus.

Kotihoidon asiakkaina on myös kehitysvammaisia sekä erilaisten sairauksien vammauttamia henkilöitä, esimerkiksi asiakkaita joille on jäänyt infarktin jälkitilana toispuoleinen halvaus. Vammaishoitotyönkin osaaminen on kotihoidossa tarpeen.

Kotihoidossa asiakaslähtöisyys ja eettinen osaaminen ovat aivan keskeisiä. Hoitotyötä tehdään asiakkaiden kotona ja asiakkaina on paljon hauraita, monisairaita vanhuk-  
sia.(Eriksson 2014. 35-46)

### 2.3 Lähihoitajan tehtävät kotihoidossa

Lähihoitaja toimii vastuuhoidtajana asiakkaille ja hoitaa heitä säännöllisesti. Hän laatii vastuuasiakkailleen hoitosuunnitelman, jonka mukaan asiakkaan päivittäinen hoito toteutetaan, ja palvelu- ja hoitosuunnitelman, jossa määritellään hoitajien asiakkaan luokse tekemien käyntien taajuus ja kesto. Vastuuhoitaja myös pitää edellä mainittuja suunnitelmia ajan tasalla käyttäen tarvittaessa tukenaan kotihoidon moniammatillista tiimiä. Lähihoitaja toteuttaa ja arvioi asiakkaan terveydentilan seuranta ja palvelujen tarvetta yhdessä tiimin terveydenhoitajan, sairaanhoitajan ja lääkärin kanssa. (Helmi 2018)

Hoitajat huolehtivat asiakkaiden säännöllisestä hoidosta asiakkaiden tarpeiden mukaan. Kotihoidon hoitotyötä on esimerkiksi lääkehoidon turvallisesta toteutumisesta huolehtiminen, asiakkaan voinnin seuranta, arviointi ja mittaaminen sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. Tarvittaessa hoitaja avustaa henkilökohtaisessa hygieniassa, pukeutumisessa

ja siirtymisissä (Kröger 2018. 16-41.) Lisäksi hoitaja huolehtii hoitotyön kirjauksista, asiakkaan hoitosuunnitelmien päivittämisistä ja asiakkaan voinnin seurantamittarien (esim. RAI, RAVA, .MMSE) pitämisestä ajan tasalla. (Helmi 2018.)

Kotihoidon hoitajat huolehtivat vastuulasiakkaidensa toimintakyvyn seurantamittareiden pitämisestä ajan tasalla. Helsingin kaupunki käyttää säännölliseen mittaukseen RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument) (Liite 1). RAI-arviointi kuuluu tehdä säännöllisesti puolivuositain ja lisäksi aina, kun asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia. RAI:n lisäksi kotihoidossa käytetään säännöllisesti mm. RaVa-hoitoisuusluokitusta (Rajala-Vaissi) (Liite 1.), MMSE-testiä (Mini-Mental State Examination) (Liite 1.) ja tarvittaessa esimerkiksi GDS-mittaria (Geriatric Depression Scale) (Liite 1.).

RAI:lla ja RAVA:lla mitataan asiakkaiden yleistä toimintakykyä. MMSE mittaa tutkitavan muistikapasiteettia ja GDS on ikääntyneille kehitetty depressioseula.

#### 2.4 Ruokailun toteuttaminen kotihoidossa

Kotihoito auttaa tarvittaessa asiakkaitaan ruokailun järjestämisessä. Osa kotihoidon asiakkaista huolehtii ruokailustaan itsenäisesti, osalla kotihoidon hoitajat avustavat ruokailun toteuttamisessa. Asiakkaan toimintakyvystä riippuen kotihoidon tarjoaman tuen määrä ruokailun toteuttamisessa vaihtelee: elintarvikkeiden/ruoan toimittamisesta ruokailun valvottuun toteuttamiseen/syöttämiseen. Useimmiten hoitaja päivittäin lämmittelee ja tarjoilee asiakkaalle valmiin aterian/aterioita sekä välipaloja. Hoivatyö muutoksessa raportin (Kröger 2018, 17) mukaan 92% hoitajista tarjoilee päivittäin tai useita kertoja päivässä asiakkaille valmiiksi tehtyä ruokaa.

Kotihoidon voi tarjota asiakkailleen erilaisia ravitsemuksen toteuttamisen tukipalveluja kuten esimerkiksi kauppapalvelun ja ateriapalvelun. Helsingissä käytettävät ateriapalvelut ovat ruokapalvelu, joka toimittaa asiakkaille valmiita ateriakokonaisuuksia sekä ateriapalvelu, joka toimittaa asiakkaille pakasteaterioita. Osa kotihoidon asiakkaista asuu palvelutaloissa, jolloin palvelutalo saattaa toimittaa asiakkaalle tämän ateriat. Tarvittaessa myös kauppapalvelu toimittaa asiakkaille lämmitettäviä valmisaterioita peruselintarvikkeiden ja välipalojen lisäksi.

Ruokailutilanteella on suuri merkitys hyvän ravitsemuksen toteutumiseen. Ruokailu ei ole pelkästään ravitsemuksesta huolehtimista. Ruokailutilanteet herättävät muistoja, säännöllisyys tuo turvallisuutta ja rytmittää päivää. Parhaimmillaan ruokailu on sosiaalinen tilanne. Yksinäisyys voi aiheuttaa masennusta ja heikentää ruokahalua. Miellyttävä ruokailuympäristö parantaa ruokahalua ja lisää nautitun ruoan määrää. Usein ruokailuhetken ympäristön ja ilmapiirin luominen on ruokailun järjestävien hoitajien vastuulla. (Salo 2012, 49-53.) Yksinäisyys, masentuneisuus, liikunnan puute ja virheravitseminen altistavat toimintakyvyn heikkenemiselle (Kivelä 2006, 22). Yhdessä muiden kanssa ruokaileminen lisää turvallisuuden tunnetta, tarkoitusta ja struktuuria ikääntyneiden elämään (Wood 2017, 50).

Tuoreen Hoivatyö muutoksessa –raportin mukaan kotihoidon työntekijät entistä harvemmin voivat käyttää aikaa asiakkaiden sosiaaliseen tukeen ja vuorovaikutukseen. Kymmenen vuoden aikana (2005-2015) yhteisiä, päivittäisiä kahvihetkiä asiakkaidensa kanssa viettävien hoitajien osuus on romahtanut (25% -> 5%) (Kröger 2018. 17.)

### 3. IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Ravitsemuksella tarkoitetaan ravinnon ja terveyden välistä suhdetta. Kansalliset ravitsemussuositukset perustuvat voimassaolevaan tieteelliseen näkemykseen, joka ottaa huomioon paikalliset olosuhteet. (WHO 2003, 44.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimittamissa suomalaisissa ravitsemussuosituksissa paneudutaan yksityiskohtaisesti iäkkäiden ravitsemukseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a). Hyvä ravinto nostaa elämänlaatua ja ylläpitää ikääntyneiden toimintakykyä sekä voi ehkäistä sairauksien puhkeamista. Ravinnon merkitys eri sairauksien synnyssä ja myös sairauksien hoidossa on kiistaton. (Salo 2012, 53-54.)

Ikääntyessä ihmisen perusaineenvaihdunnan taso laskee. Usein myös liikkuminen vähenee ja ruokahalu heikkenee, mikä saattaa johtaa liian vähäiseen energian saantiin. Iän myötä myös janon tunne heikkenee, mutta nesteen tarve pysyy ennallaan. Ikääntyessä proteiinien tarve kasvaa, kun elimistön kyky sen hyväksikäyttöön vähenee. Myös ravinnon kuitujen määrän lisääminen on suositeltavaa, koska niin voidaan vaikuttaa kolesterolasoon ja lisäksi kuidut parantavat suoliston toimintaa. Liian vähäinen tai yksipuolinen ravinnonsaanti voi aiheuttaa joko aliravitsemustilan tai yksittäisten ravintoaineiden puutteen. Ruokavalion kokonaisuutta arvioitaessa ravintoainetiheys nousee tärkeäksi mittariksi. Ravintoainetiheydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin ruokavalio vastaa sekä energian että ravintoaineiden tarvetta. Nautitun ruoan määrällä on vaikutusta ravitsemustasoon. Vähäruokaisien ikääntyneiden ravitsemustilaa voidaan parantaa energiapiitoisilla ruoilla ja täydennysravintoaineiden käyttämisellä. (Salo 2012, 55-61.)

#### 3.1 Vajaaravitsemus

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa ravintoaineiden saanti ei vastaa kehon fysiologista tarvetta ja josta aiheutuu haitallisia mitattavia muutoksia sekä kehon koostumuksessa että sen toiminnassa. Vajaaravitsemus luokitellaan kolmeen alaryhmään kehon tulehdustilan perusteella:

1. nälkiintymiseen liittyvä vajaaravitsemustila, joka johtuu kroonisesta ravintoaineiden puutteesta.
2. krooniseen sairauteen liittyvä vajaaravitsemustila, joka johtuu sairaudesta aiheutuneesta kehon tulehduksesta, joka lisää energian kulutusta ja typen tarvetta ja puutteellisesti ravinnonsaannista
3. akuuttiin sairauteen tai traumaan liittyvä vakava vajaaravitsemustila, joka korjautuu vasta, kun sairauden aiheuttama lisääntyneestä energian kulutuksesta ja typen tarpeesta johtuva katabolinen tila on väistynyt ja potilas joko parantuu sairaudesta tai vammautuneen tila stabiloituu.

Tulehduksen aste vaikuttaa kehon typen tarpeeseen ja lihaskudoksen menetyksen nopeuteen. Hyvä ravitsemushoito edistää kroonisesti tai kriittisesti sairaan potilaan toipumista, lisää hoitojen sietoa ja hidastaa lihaskatoa. Vajaaravitsemuksen toteamisen keskeisiä osia ovat painonlasku, riittämätön energian saanti, lihaskudoksen menetys, ihonalaisen rasvakudoksen menetys, nesteen kertyminen ja käden puristusvoima. (Orell-Kotikangas 2014.) Vajaaravitsemuksen ulkoisina merkkeinä voidaan pitää myös paine- ja muita haavoja, jotka huonosta ravitsemuksesta kärsivillä henkilöillä ovat yleisempiä kuin muilla. (Salo 2012, 62.)

Laatusuosituksessaan hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 (STM, 2017.) Suomen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö suosittelee, että kuntien palveluvalikoimaan sisällytetään kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. Näistä mainitaan muun muassa ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen sekä hauraus-raihnausoireyhtymään (HRO) viittaavat merkit kuten lihaskato, laihuus ja hidas liikkuminen. Aliravitsemusriskin todennäköisyyttä lisäävät yksin asuminen, tuen tarpeen lisääntyminen ja alhainen BMI (Soini 2006, 15).

### 3.2 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen seuranta

Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa tulee arvioida osana rutiinitoimenpiteitä ja aloittaa mahdolliset ravitsemukselliset tukitoimet säännöllisellä seurannalla jo ennen virheravitsemustilan syntymistä, jolloin virheravitsemuksen ennaltaehkäisy vähentää terveydenhuollon tarvetta. Virheravitsemuksen piirteitä voi olla vaikea tunnistaa, joten tarvitaan menetelmiä, joilla ravitsemustasoa voi mitata. (Salo 2012. 63-64) Suoran

ravitsemustason mittaamisen lisäksi myös asiakkaiden yleisen toimintakyvyn mittaamisella on merkitystä hyvän ravitsemuksen turvaamisessa: alentunut toimintakyky lisää osaltaan virheravitsemusriskiä. Korkea ikä, alhainen tulotaso, korkea hoidon tarpeen määrä ja muistisairaus lisäävät aliravitsemusriskiä (Jyväkorpi 2016. 38).

Ikääntyneiden ravitsemusta tulee seurata systemaattisesti ja seuranta dokumentoida. Virheravitsemusta voi olla vaikea tunnistaa, joten on tärkeää, että iäkkäiden kanssa työskentelevät hoitajat tuntevat menetelmiä, joilla ravitsemustasoa voidaan mitata. Ali- ja virheravitsemuksen aiheuttaa herkästi fyysisen kunnan heikkenemistä ja hoidon tarpeen lisääntymistä. (Salo 2012. 61-64)

Ravitsemusta voidaan seurata esimerkiksi painoindeksin seurannalla (BMI), ruokailun/ruoan kulutuksen seurannalla sekä seuraamalla asiakkaan yleisvointia. Kotihoidossa on käytetty ravitsemuksen seurantaan esimerkiksi BMI:n seurantaa, MNA:ta (Mini Nutritional Assessment)(Liite 5.), MUST:ia (Malnutrition Universal Screening Tool)(Liite 6.) sekä ruokapäiväkirjoja.

MNA (Mini Nutritional Assessment) on ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu kysymyssarja, jota voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- ja aliravitsemusriskin arvioinnissa. MNA on suosituin ja useimmin käytetty, validoitu ravitsemuksenseuranta työkalu, jonka luotettavuus on hyväksyttävä. MNA on nopea, edullinen ja käyttäjäystävällinen menetelmä. MNA:n etu on siinä, että se tunnistaa vanhusten virheravitsemusriskin varhaisessa vaiheessa.(Jyväkorpi 2016. 64. )

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), aliravitsemusriskin seulontamenetelmä, jonka on kehittänyt British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) Menetelmä perustuu kolmeen indikaattoriin (BMI, painon lasku ja akuutti sairaus), joiden avulla arvioidaan seulottavan henkilön vajaaravitsemusriskin suuruus ja laaditaan hoitosuunnitelma. Se on validoitu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa. MUST on tarkka, edullinen ja helppokäyttöinen. MUST-menetelmän on joissain tutkimuksissa osoitettu tunnistavan liikaa potilaita, joiden vajaaravitsemusriski on suuri ja liian vähän kohtalaisen vajaaravitsemusriskin potilaita. (Elomaa 2015. 6)

Ruokapäiväkirja on paljon käytetty menetelmä. Kotihoidossa ruokapäiväkirja toteutetaan yleensä arviomalla asiakkaan nauttima ruoan ja juomien määrä seuraamalla kulu- tusta. Ruokapäivän heikkoutena on kulutuksen mahdollinen yli- tai aliarviominen. (Jy- väkorpi 2016, 35-36.) Kotihoidon hoitajat seuraavat asiakkaiden ravitsemustilaa myös silmämääräisellä arvioinnilla: onko asiakas laihtunut, turvoksissa tai kuivunut. Hiusten- lähtö ja ihon kuivuminen voivat myös olla merkinä ravitsemuksen puutteellisuudesta. (Köykkä 2006, 20.) Hoitajat seuraavat asiakkaiden ravitsemusta myös kyselemällä asi- akkaalta tämän syömisistä ja ruokahalusta.

#### 4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa, kuinka kotihoidon hoitajat arvioivat asiakkaidensa ravitsemusta, ja selvittää, millä keinoin hoitajia voisi tukea asiakkaiden hyvän ravitsemuksen turvaamisessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millä tavoin kotihoidon hoitajat arvioivat asiakkaidensa ravitsemustilaa?
2. Millä keinoin hoitajat puuttuvat havaitsemiinsa ravitsemusongelmiin?
3. Mitkä toimet voisivat tukea hoitajien työtä kotihoidon asiakkaiden hyvän ravitsemuksen toteuttamisessa?

## 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni aineiston keräämiseksi järjestin kaksi tunnin mittaista ryhmäteemahaastattelua, joihin molempiin hain 3-4 Helsingin kaupungin kotihoidon lähihoitajaa. Haastattelut toteutettiin joulukuussa 2017 kahdella eri kotihoidon lähipalvelualueella.

### 5.1 Tutkimusympäristö ja tutkimushenkilöt

Valitsin haastateltaviksi kotihoidossa työskenteleviä lähihoitajia, koska lähihoitajat ovat se ammattiryhmä, joka päivittäin tapaa kaikkia kotihoidon asiakkaita. Sairaanhoitaja tekee vähemmän kotikäyntejä ja lisäksi sairaanhoitajan kotikäyntien perustana on yleensä asiakkaan sairaanhoidollinen tarve. Sairaanhoitajilla on vastuullaan suuri asiakasryhmä. Tässä haastatelluilla alueilla keskimäärin 37 asiakasta, joten sairaanhoitajan tekemien kotikäyntien välillä voi kulua pitkiä aikoja, jopa kuukausia. Tehokkaan ravitsemuksen seurannan toteuttamisen tulee olla säännöllistä ja se tulee aloittaa jo ennen ravitsemuksellisten ongelmien ilmenemistä.

Toimitin kyseessä olevien lähipalvelualueiden toimistoihin opinnäytetyösuunnitelmani sekä lyhyen esittelykirjeen (Liite 3.), jossa kerroin opinnäytetyöni tavoitteista ja pyysin niitä hoitajia, jotka olisivat suostuvaisia osallistumaan haastatteluun, ilmoittautumaan. Valintakriteereinä oli hoitajien halukkuus osallistua haastatteluun ja heidän työvuorojensa sopivuus haastatteluajankohtaan nähden.

Haastatteluihin osallistui yhteensä seitsemän hoitajaa: ensimmäiseen haastatteluun kolme ja toiseen neljä. Haastateltavista kuusi oli naisia, yksi mies. Haastattelujen alussa täytettyjen esitietolomakkeiden (Liite 4.) mukaan haastateltavien ikä oli 31-59 ja työkokemus kotihoidossa 3 – 27 vuotta (Liite 5.).

Ensimmäisellä lähipalvelualueella haastateltaviksi ilmoittautui neljä lähihoitajaa. Lopulta sovin haastattelun tehtäväksi ajankohtana, jolloin kolme hoitajista pääsi osallistumaan haastatteluun. Ajankohtaa, jolloin kaikki neljä hoitajaa olisivat olleet samaan aikaan paikalla, ei kuluvan vuoden puolelta löytynyt. Kyseisellä lähipalvelualueella työskente-

lee kolme sairaanhoitajaa ja kaksikymmentä lähihoitajaa. Asiakkaista on yhteensä 145, joista 41 on ns. tukipalveluasiakkaita, mikä tarkoittaa, että heille on kotihoidon kautta järjestetty jokin tukipalvelu, mutta he eivät ole säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Varsinaisia asiakkaita, joiden luona hoitajat tekevät kotikäyntejä, on 104. Eli sairaanhoitajilla on kullakin vastuullaan n. 35 asiakasta ja lähihoitajilla on kullakin n. 5 vastuuasiakasta. Asiakkaat ovat iältään 75 – 94 –vuotiaita.

Toisella alueella viisi hoitajaa oli ilmoittanut olevansa suostuvaisia haastatteluun. Myösiellä ryhmän kokoonpano valikoitui työvuorojen/sopivan haastatteluajankohdan perusteella. Haastatteluun osallistui neljä lähihoitajaa. Tällä alueella on kolme sairaanhoitajaa ja kaksikymmentäkaksi lähihoitajaa. Asiakkaita on 142, joista säännöllisen kotihoidon asiakkaita 118.

Kuusi haastateltavista ilmoitti koulutukseksi lähihoitajan koulutuksen, yksi ilmoitti koulutukseksi ammattikorkeakoulun. Osalla haastatelluista oli lähihoitajan tutkinnon lisäksi muitakin tutkintoja (FM, AMK). Kaikki haastatellut työskentelevät kotihoidossa lähihoitajina. Käytän tästä eteenpäin haastateltavista nimitystä ”hoitaja”.

## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Haastattelut toteutettiin ryhmäteemahaastatteluina. Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Haastattelun aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin ja ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä (Hirsjärvi 2011. 48). Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmällä on haastattelussa kontrolloiva vaikutus ja ryhmässä voi olla dominoivia henkilöitä, jotka pyrkivät määräämään keskustelun suunnan, mikä on otettava huomioon tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehtäessä. (Hirsjärvi 2009, 210-211.)

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa myös tutkimukseen osallistuvat määrittävät tutkimuksen etenemistä. Haastattelujen teemojen on hyvä olla laajoja: haastattelun aihe-

piirit on määrätty ennalta, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu. (Kylmä 2007, 64.) Minulla oli haastatteluissa mukana lista teemoista, joita halusin haastattelussa käsiteltävän. Listan avulla seurasin ja varmistin, että kaikki suunnitellut teemat otettiin käsiteltäviksi. (Liite 2.) En järjestänyt koehaastattelua ennen varsinaisia haastatteluja.

### 5.3 Aineiston keruu

Haastattelut toteutettiin joulukuussa 2017 kahden eri kotihoidon lähipalvelualueen toimiston kokoustilassa. Aloitin tilaisuuden laittamalla matkapuhelimen pöydälle nauhoittamaan tilaisuutta ja kerroin, kuinka menettelen nauhoituksen ja litteroinnin kanssa. Seuraavaksi jaoin hoitajille esitietolomakkeen (Liite 4), jossa kysyttiin kunkin hoitajan ikää, sukupuolta, terveydenhuoltoalan koulutusta sekä työkokemuksen kestoa terveydenhuoltoalalla ja kotihoidossa. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin hoitajien kokemusta ravitsemuksen mittaustyökalujen käytössä.

Haastattelujen aluksi kerroin opinnäytetyöstäni ja tutkimuskysymyksistäni. Tämän jälkeen osallistuin keskusteluun mahdollisimman vähän, vain varmistaakseni, että kaikki suunnitellut teemat otettiin mukaan keskusteluun. Tein tarkentavia kysymyksiä, kun esiin nousi mielestäni kiinnostavia/tärkeitä asioita. Keskustelun välillä tyrehtyessä toin pöydälle uusia teemoja mietittäväksi. Haastatteluihin oli varattu aikaa tunti. Varsinainen nauhoitus kesti molemmissa haastatteluissa 45 minuuttia.

### 5.2 Aineiston analyysi

Luokittelujen tekeminen on keskeistä laadullisen aineiston analyysissä. Lukijalle olisi kerrottava luokittelun syntymisen alkujuuret ja luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi 2009, 232.)

Nauhoitin hoitajien haastattelut ja litteroin ne kokonaisuudessaan. Litteroitua tekstiä syntyi yhteensä 22 sivua (Fontti Arial 12 ja riviväli 1,5). Analysoin litteroidun aineiston induktiivisen sisältöanalyysin keinoin. Induktiivisessa, aineistolähtöisessä lähestymistavassa lähdetään liikkeelle havainnoista, joiden pohjalta pyritään johtamaan yleisiä päätelmiä (Elo 2007, 109). Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan

aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi 2009. 164.) Koodasin litteroidun aineiston keskustelussa syntyneiden teemojen mukaisesti. Koodatusta aineistosta pelkistin ensin kuusi kategoriaa: 1. syitä ravitsemusongelmiin, 2. hyvän ravitsemuksen toteutumista edistävät seikat, 3. hyvän ravitsemuksen toteuttamista estävät seikat, 4. ravitsemuksen seuranta, 5. Ravitsemusongelmien hoito, 6. kehittämistarpeet. Abstrahointiprosessin myötä edellä mainitut kuusi kategoriaa supistuivat neljään: 1. hoitajien näkemys asiakkaidensa ravitsemustilasta, 2. asiakkaiden ravitsemuksen tukeminen, 3. systemaattisten ravitsemustyökalujen käyttö ja 4. keinot hoitajien työn tukemiseen.

## 6. TUTKIMUSTULOKSET

Toteutin haastattelut kahdella eri lähipalvelualueella. Haastatteluissa eri alueiden hoitajat näkivät asiakkaidensa ravitsemustilanteen, ravitsemuksen seurannan ja hoitajien tarvitseman tuen tarpeen melko erilaisena. Toisen alueen hoitajat arvioivat lähipalvelualueensa tilanteen varsin hyväksi: he kokivat asiakkaiden hoitotyön toteutuvan suunnitellusti, hyvin ja laadukkaasti.

Toisen lähipalvelualueen hoitajat nostivat esille enemmän ongelmia ja jopa suoranaisia laiminlyöntejä. Hoitajat kertoivat, että alueella on jatkuvasti vajausta hoitajista ja vuoroissa siten paljon sijaisia, jotka eivät tunne aluetta ja asiakkaita ennestään. Hoitajat kertoivat myös työlistojen olevan usein hyvin raskaita: kun työvuorossa on vajaamiehitys, jaetaan asiakaskäynnit paikalla olevien hoitajien kesken, jolloin suunniteltua väli töntä työaikaa on huomattavasti enemmän kuin suositusten mukainen 60% työajasta.

### 6.1 Hoitajien näkemys asiakkaidensa ravitsemuksesta

Ensimmäisenä haastatellut hoitajat arvioivat lähipalvelualueensa asiakkaiden ravitsemustilanteen pääasiassa hyväksi. Hoitajat kertoivat useiden asiakkaiden olleen selvästi aliravittuja kotihoidon aloittamisajankohtana, mutta tilanteen parantuneen, kun kotihoidon tuella päivittäinen ruokailu oli saatu säännölliseksi.

Mun mielestä ainakin huomaa, et miten nää asiakkaat silloin kun on tulleet meille, ne ovat aliravittuja, mutta kuinka ollakaan se ravintotekijä on kotihoidon myötä parantunut, et seurataan.

Lähipalvelualueella, jossa toinen haastattelu toteutettiin, hoitajat arvioivat tilanteen huonommaksi. Hoitajien mukaan useiden asiakkaiden ravitsemustila oli puutteellinen, asiakkaiden ravitsemuksen seuranta puutteellista eikä havaittuihin ongelmiin useinkaan reagoitu.

Se on vaan se paino, eikä siihenkään reagoida mitenkään, että nouseeko se vai laskeeko se.

Hyvän ravitsemuksen toteutumista haittaaviksi tekijöiksi kaikki hoitajat nimesivät kiireen, asiakkaiden huonon ruokahalun sekä erilaisten sairauksien vaikutukset ravitsemukseen: esimerkiksi nielemisvaikeudet, suun/hampaiden huonon kunnon ja ravinnon imeytymishäiriöt. Huonon ruokahalun hoitajat arvelivat johtuvan muun muassa liikunnan vähäisyydestä ja yksinäisyydestä/masentuneisuudesta. Ensimmäiseksi haastatellut hoitajat näkivät asiakkaidensa ravitsemusongelmien syiden johtuvan pääasiassa asiakkaan ruokahaluttomuudesta, kun taas toisessa haastattelussa hoitajat nostivat esille enemmän myös hoitajien toiminnasta johtuvia syitä.

## 6.2 Asiakkaiden ravitsemuksen tukeminen

Hoitajat pitivät hyvänä, että nykyisin työpuhelimien ”Pegasos-mukana” -potilastietosovelluksesta näkee edellisiä kirjauksia: hoitaja pystyy esimerkiksi tarkastamaan puhelimestaan, mitä edellinen hoitaja on kirjannut asiakkaan ruokahalusta ja syömisestä. Toisaalta myös mainittiin, että kirjaamien on usein puutteellista: on kirjattu esimerkiksi ”tarjottu lounas” tai ”asiakas ei suostunut syömään” mutta ei tarjottun/nautitun ruoan määrää eikä laatua.

Toki se viesti kulkee ja silleen helpottaa ihan hirveen paljon ja tommoinen niinku teknologia, kun nykyään pystyy työpuhelimessa näkemään edellisiä kirjauksia – siellä vaikka illalla hoitaja näkee et ahaa, nyt onkin huonosti maistunut ruoka päivällä, niin pystyy sitten tietosesti silleen jo vähän runsaampaa yrittää tarjota.

Kaikki haastatellut hoitajat moittivat nykyisen kauppapalvelun valikoiman niukkuutta. Hoitajat kertoivat tarjonnan niukkuuden takia joutuvansa tilaamaan tuotteita, jotka eivät ole asiakkaille mieleisiä. Lisäksi hoitajat kertoivat kauppapalvelusta usein tulevan tuotteita, joiden päivämäärät ovat umpeutumassa tai jo umpeutuneet tilauksen saapuessa. Keskustelussa nousi esille toive siitä, että kaupunki kauppapalvelun tarjoajia kilpailutettaessa kysyisi kenttäväeltä, mitä seikkoja kilpailutuksessa tarkasteltaisiin: pelkkien toimitusmaksujen vertailulla on välillä saatu erittäin huonosti toimivaa palvelua. Tuotevalikoimien suppeutta, palvelun joustamattomuutta ja ajoittaista liian vanhojen tuotteiden toimittamista lukuun ottamatta hoitajat kertoivat olevansa tyytyväisiä nykyiseen kauppapalveluun.

Tosi usein on tullu niinku kauppapalvelu... monet on toimitettu maanantaina, niin on menny perjantaina vanhaksi. Kun tehdään viikon tilauksia, niin kyllä pitäis ottaa sieltä niitä kaikista tuoreimpia. Et tässä on hyvä sauma, et just kaikki vanhentuvat laittaa.

Hoitajat arvioivat ateriapalveluiden toimivan hyvin osalla asiakkaista. Ongelmaksi nimettiin annosten suuri koko. Pakasteaterioita ei pysty puolittamaan ennen lämmitystä ja lämmitettyä ateriaa ei saa enää seuraavana päivänä laittaa tarjolle.

Molemmissa haastatteluissa hoitajat toivoivat enemmän aikaa hoitotyön toteuttamiselle. Toisessa haastattelussa nostettiin esille käyntiaikojen pituus: jos olisi aikaa istua asiakkaan seurana tämän ruokailun ajan, voisi ruoka maistua paremmin. Ensimmäiseksi haastatellut hoitajat arvioivat käyntiajan riittävän ruoan tarjoiluun mutta ei ruokahalun heräämisen tukemiseen: esimerkiksi ulkoiluun asiakkaan kanssa ennen ruokailua.

...että annettais hoitajille enemmän aikaa, että hänellä olis mahdollisuus tarjota ja laittaa kauniisti ja istua että se aloittaa ne syömiset, että se sais vähän niinku makua suuhunsa ja siitä innostuis.

Kaikki haastateltavat toivat esille aterian kauniin esillepanon ja ruokailutilanteen hyvän tunnelman tärkeyden asiakkaan ruokahalun syntymiselle.

Se esillepano on myös tärkeää, jos sä katat silleen nätisti ja laitat salaattit ja tomaattit esille sillä on kanssa paljon merkitystä miten se asetellaan.

Hoitajat kertoivat, että heidän kokemuksensa mukaan asiakkaat, jotka osallistuivat viikoittaiseen päivätoimintaan, söivät kyseisenä päivätoimintapäivänä selvästi tukevammin kuin kotona. Päivätoimintapäivänä tulee paitsi liikuttua tavallista enemmän myös ruokailtua kiireettömästi yhdessä muiden osallistujien kanssa. Samoin kaikki haastatellut olivat yhtä mieltä siitä, että palvelutaloissa asuville kotihoidon asiakkaille talon yhteiseen ruokailuun osallistuminen vaikutti olevan tärkeä, päivää rytmittävä sosiaalinen tapahtuma.

Ja siitä on näyttöä päivätoiminnassa, että on semmoisia asiakkaita, ketkä syö tosi huonosti, tai syökö mitään kun me tarjoillaan sitä ruokaa... ja sit kun on päivätoiminnasta kysely, et miten siellä, niin täällä menee kaikki... se semmonen sosiaalisuus ja sit kun heillä on sitä aktiviteettia et vä-

hän liikkuvat tai jumppaa tai mitä nyt tekevätkin... niin se tuo sitä nälän tunnetta.

Hoitajat kertoivat, että todettujen ravitsemusongelmien hoitamiseen on käytetty erilaisien lisäravinteiden tarjoamista, ruokapäiväkirjoja ja ruokailun valvomista, jotta on voitu varmistua asiakkaan päivittäin nauttivan ravintoa.

### 6.3 Systemaattisten ravitsemustyökalujen käyttö

Kaikki haastatellut tunsivat ja olivat käyttäneet kotihoidossa käytössä olevia mittareita: RAI, Rava ja MMSE (Liite 1.), joiden avulla arvioidaan asiakkaiden yleistä toimintakykyä (RAI ja RAVA) sekä muistikapasiteettia (MMSE). Ravitsemuksen seurannan mittareiden käytössä oli hajontaa.

	en tunne	tunnen/en ole käyttänyt	olen käyttänyt satunnaisesti	käytän säännöllisesti	muu/mikä
MNA	3	2	2		
MUST	3	2	2		
BMI		2	2	3	
NRS	6		1		

Vain kaksi haastatelluista hoitajista kertoi käyttävänsä (satunnaisesti) asiakkaiden ravitsemuksen seurannassa systemaattisia mittareita. Molempien haastattelujen hoitajat kertoivat alueellaan olevan asiakkaita, joiden he arvioivat olevan aliravittuja tai aliravitsemuhan alaisia. Hoitajat kertoivat arvioivansa asiakkaidensa ravitsemustilaa muun muassa asiakkaan painoindeksin, ruokahalun, ruoan kulutuksen sekä muiden asiakkaan luona käyneiden hoitajien kirjausten perusteella. Hoitajien mukaan kummallakaan alueella ei asiakkaiden ravitsemusta säännöllisesti seurata systemaattisilla ravitsemuksen seurantatyökaluilla (MNA, MUST. Liitteet 5. ja 6).

Missään ei lue, että seurataan painoa tällä ja tällä välillä, ei mitään, että tehdään näitä MNA:ta tai MUST:eja. Että seurattais miten se painonlasku, meneekö se alaspäin. Niin semmosta pitkän tähtäimen juttua ei oo suunniteltu ainakaan mitä mä oon kattonu.

Ensimmäisessä haastattelussa hoitajat arvelivat, että MNA- ja MUST-tyyppisiä arvioin- teja tekevät pääasiassa terveydenhoitajat. Osa hoitajista kertoi, ettei ollut koskaan saanut

mitään asiaan liittyvää tietoa: MUST ja MNA olivat aivan vieraita. Toisaalta hoitajien mielestä olemassa oleva käytäntö toimi hyvin.

Toisessa haastattelussa osa hoitajista kertoi saaneensa koulutusta systemaattiseen ravitsemuksen seurantaan (MUST ja MNA). Käytännössä MUST- ja MNA-seurantaa olivat kuitenkin tehneet vain terveyden- ja sairaanhoitajat. Hoitajien mielestä tarvittaisiin enemmän systemaattista ravitsemuksen seurantaa. Hoitajien mukaan seurattiin lähinnä vain BMI:tä, joka esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa sairastavilla asiakkailla ei välttämättä kerro paljoakaan ravitsemustilanteesta, asiakkaan paino saattaa nousta nesteen kertymisen takia, vaikka rasva- ja lihaskudos vähenisivät. Hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että jotta systemaattinen ravitsemuksen seuranta toteutuisi säännöllisesti tulisi seurannan toteutuksen tapahtua lähihoitajien toimesta. Lähihoitajat näkevät asiakkaat päivittäin ja huomaavat ensimmäiseksi asiakkaan voinnissa mahdollisesti tapahtuvat muutokset. Asiakkaiden ravitsemustilan systemaattisen seurannan toteuttamiseksi olisi hyvä, että asiakkaita säännöllisesti tapaavat hoitajat pystyisivät käyttämään ravitsemustiedon keräämiseen tehokkaita työkaluja. Sairaanhoitajat tekevät suhteellisen vähän kotikäyntejä.

Ravitsemusvastaavan, yhdyshenkilön, pitäis olla joku lähihoitajista, koska mehän siellä kentällä ollaan. Kaikki nää vastuuasiat on nyt terveydenhoitajilla ja käy sit jossain kokouksissa... niin paljon sit pystyy muuten ku jonkun RAI:n perusteella, et ne käy jonkin verran, mut meillä on kuitenkin semmonen kokonaisnäkökulma siitä kenellä on ongelmaa, että me nähdään se siinä käytännön työssä. Että minkälaista ongelmaa. Ei se painokaan aina, tai silleen, painokaan kerro, et tarvitaan niinku konkreettista apua siihen, mitä vaihtoehtoja on.

#### 6.4 Hoitajien työn tukeminen

Ensimmäisessä haastattelussa hoitajat nostivat esille älypuhelinta monipuolisemman työvälineen (tablettitietokone tai pieni kannettava tietokone) etuja, kirjaamisessa ja potilastietojen (esim. laboratoriotulosten) selaamisessa ja vaikkapa kauppatilausten teossa asiakkaan luona.

Ja jos ois läppäri, niin sä voisit viedä sen asiakkaalle, niin se näkis konkreettisesti... ..niin että haluutsä tämän jugurtin vai tämän?

Toisessa haastattelussa kauan kotihoidossa työssä olleet hoitajat kertoivat, että ennen on ollut tarjolla enemmän koulutuksia, myös ravitsemukseen liittyviä, mutta viime vuosina niiden määrä on huomattavasti vähentynyt. Aiheesta keskusteltuaan hoitajat arvioivat, että olisi hyvä, jos lähihoitajille järjestettäisiin nykyistä enemmän ravitsemusaiheista koulutusta. Kun kaikilla hoitajilla olisi samat, ajantasaiset tiedot ikääntyneiden ravitsemuksesta, olisi työyhteisön helpompi rakentaa yhtenäiset käytännöt esimerkiksi kirjaimiseen ja ruoan tarjoamiseen.

Meille vois vaikka ravitsemusterapeutti tulla pitämään... ja ottaa pari asiakaskeissiä käsittelyyn ja sitä kautta lähteä...

Molemmissa haastatteluissa nimettiin ongelmaksi resurssien, ajan, puute. Hoitajat kertoivat toivovansa, että voisivat viettää enemmän aikaa asiakkaiden kanssa.

Ehkä, jos ois hoitajalla enemmän aikaa, että käytäis vaikka asiakkaan kanssa kaupassa ostamassa... sitä, että tulis ulkoiltua vähän ennen ruokaa. ...kokata yhdessä, tehdä oikein kunnon kotiruokaa.

Joskus hoitajien kiire voi johtaa siihenkin, että käytettävissä olevia resursseja jää hyödyntämättä. Toisen haastattelun hoitajat kertoivat, että alueella oli työllistettynä kokki, joka olisi mielellään mennyt asiakkaiden luokse laittamaan heidän kanssaan ruokaa, mutta, koska kukaan hoitajista ei ehtinyt ohjata/ehdottaa hänelle sopivia asiakkaita, hän käytännössä vietti aikaansa toimistolla ja välillä toimitteli pieniä asioita, kuten esimerkiksi lääkkeiden noutoa apteekista.

Et seuraavan kerran kun meillä on tällanen niin meidän pitää olla aktiivisempia... Pitäis vaikka sopia kalenteriin vuoropäivät...

...On niin paljon kaikkee muuta...

Ensimmäisessä haastattelussa esitin haastattelijana enemmän kysymyksiä. Hoitajat vastasivat esittämiini kysymyksiin ja välillä syntyi keskustelua hoitajien kesken. Välillä keskustelu vaimeni ja rikoin syntyneen hiljaisuuden kysymyksillä. Toisella alueella hoitajilla oli enemmän asiaa eikä hiljaisia hetkiä syntynyt. Haastattelijan panostani tarvittiin vähemmän: esitin kysymyksiä varmistaakseni, että kaikki suunnitellut teemat tuli käsiteltyä, en pitääkseni keskustelua yllä.

## 7. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan pyrkiä vaikuttamaan kotihoidon asiakkaiden hyvän hoidon toteutumiseen. Huolenpidon etiikan määritelmässä korostuu huolenpidon käytännöllinen luonne, se on toimintaa toisen ihmisen hyvinvoinnin edistämiseksi (Juu-järvi 2007. 217). Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajien opinnäytetöissä painotetaan kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien yksilöiden terveyden ja toimintakyvyn edistämistä (Näkki 2018). Kotihoidon asiakkaat, joista monet ovat yksinäisiä ja muistisairaita, ovat usein erittäin riippuvaisia heitä hoitavista terveydenhuoltoalan ammattihenkilöistä.

Temaattiseen ryhmähaastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuudelle. Haastattelujen pitämiseksi haettiin tutkimuslupa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin ja litteroinnin jälkeen haastattelun nauhoitus hävitettiin. Haastateltavien nimiä eikä kotihoidon lähialueita, joissa haastattelut on toteutettu, ei kerrota opinnäytetyössä. Mitään materiaalia, josta haastatellut voisi tunnistaa, ei ole lähetetty minkään sähköisen viestimen avulla. Haastateltavien anonymiteetin turvaamisella pyritään tukemaan vapaata mielipiteiden ilmaisua ja varmistamaan, ettei haastatteluun osallistuminen aiheuta haastateltaville hankaluuksia. Yksityisyyden suoja on tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tutkimuksessa käsiteltävien aiheiden arkaluontoisuuden määrittelevät ensisijaisesti tutkittavat. He säätelevät osallistumistaan omaehtoisesti välttämällä haitalliseksi kokemiaan aiheita tai kysymyksiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. 8.)

Laadullisessa tutkimuksessa ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Haastattelututkimuksessa kerrotaan olosuhteista ja paikoista, joissa aineisto kerättiin, sekä kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät ja virhetulkinnat haastattelussa ja myös tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. (Hirsjärvi 2009. 232)

Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kolme hoitajaa, toiseen neljä. Molemmissa haastatteluryhmissä hoitajien keskustelusta välittyi huomattava ryhmän sisäinen yksimiel-

syys haastattelun teemoja käsiteltäessä. Haastateltavat valittiin ilmoittautumisen perusteella, joten on mahdollista, että haastateltavasta ryhmästä tuli koko lähipalvelualueen hoitajien ryhmää homogeenisempi. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon, että tästä työstä saatuja tuloksia ei voi yleistää, koska tutkimuksen otanta oli hyvin pieni. Yleistettävyys edellyttäisi riittävän suurta ja edustavaa otantaa (Heikkilä 2010. 16).

Ensimmäinen haastattelu aikoi suunnitelman mukaisesti. Toinen haastattelu alkoi viisi-toista minuuttia suunniteltua myöhemmin, koska yksi haastatteluun osallistuvista hoitajista ehti kentältä toimistolle hieman oletettua myöhemmin. Haastattelu järjestettiin kummallakin alueella toimiston neuvotteluhuoneessa, suljettujen ovien takana. Haastattelut sujuivat häiriöittä.

Tutkijalle ei ole mahdollista pysyä kokonaan tutkimuskentän valtasuhteiden ulkopuolella. Reflektoidusti tuotetun tutkimusraportin kirjoittaja ja lukija pystyvät arvioimaan tehdyn analyysin rajoituksia ja laatua. Reflektiivisyys auttaa hyväksymään tuotetun tiedon haurauden. (Gould 2016. 31, 36-27.) Tutkimuksen reflektiivisyys edellyttää, että tutkija tiedostaa ja kuvailee oman vaikutuksensa tutkimusprosessiin ja keräämäänsä aineistoon (Kylmä 2007. 129). Minulla oli oma mielipiteeni käsiteltävistä asioista, mutta pyrin parhaani mukaan olemaan ilmaiseematta sitä haastattelun aikana. Olen kuitenkin työskennellyt molemmilla lähipalvelualueilla sairaanhoitajan sijaisena ja keikkalaisena, joten haastateltavat hoitajat ovat olleet työtovereitani, joiden kanssa olen muiden aiheiden ohella keskusteluissa sivunnut myös käsiteltäviä teemoja. Haastateltavilla lienee ollut ainakin jonkinlainen (ennakko)käsitys haastattelijan näkemyksistä. Haastattelutilanteessa pyrin olemaan ottamatta kantaa käsiteltäviin asioihin. Se että haastatellut hoitajat tunsivat minut on kuitenkin saattanut vaikuttaa haastatteluihin.

## 8. JOHTOPÄÄTÖKSET

Kotihoidon asiakasmäärät ovat jatkuvasti nousseet ja samalla hoitajamäärät vähentyneet. Kotihoidon hoitajien päivät ovat kiireisiä. Haastatteluissa nousikin esille se, että hoitajat pitivät kiirettä suurimpana hyvän hoidon toteutumista haittaavana tekijänä.

Osa haastatelluista hoitajista toivoi nykyistä enemmän koulutusta. He totesivat, että kiireisessä työtahdissa jaksamista tukisi merkittävästi se, että tuntisi varmasti osaavansa, tietävänsä kuinka toimia erilaisissa työssä kohtaamissaan ongelmatilanteissa. Lisäksi se, että työnantaja tarjoaisi koulutusta, mahdollisuutta tietojen ja taitojen lisäämiseen ja päivittämiseen, kertoisi työnantajan arvostavan hoitajan työpanosta, mikä osaltaan lisäisi hoitajien työviihtyvyyttä ja työhön sitoutumista..

Hoitajien näkemykset säännöllisen systemaattisen ravitsemuksen seurannan tarpeesta erosivat kahdella eri lähipalvelualueella toteutetuissa haastatteluissa. Alueella, jossa haastatellut hoitajat kokivat työskentelyn sujuvan pääpiirteissään hyvin ja hoitotyön toteutuvan suunnitellusti, hoitajat eivät nähneet erityistä tarvetta ravitsemuksen seurannan tehostamiseen. Toisella haastattelualueella hoitajat nostivat esille useita ongelmia hoitotyön toteuttamisessa. Hoitajien arvion mukaan asiakkaiden hoito ei alueella toteutunut suunnitellusti ja hoitajien arvion mukaan useat asiakkaat kärsivät virhe- ja/tai aliravitsemuksesta. Hoitajien arvion mukaan säännöllisen systemaattisen ravitsemuksen seurannan saaminen osaksi hoitotyötä olisi tärkeää.

Vaikka voidaan pitää perusteltuna, että kun kotihoidon asiakkaiden ravitseminen toteutuu hyvin ja suunnitellusti, ei ravitsemuksen systemaattisen seurannan lisäämiseen/tehostamiseen ole välttämättä tarvetta, antaa esimerkiksi Itä-Suomen yliopiston laaja tutkimus (Kaipainen, 2015) niin huolestuttavan kuvan kotihoidon asiakkaiden keskimääräisestä ravitsemustilanteesta, että tällä hetkellä hyvän ravitsemuksen toteutuminen kotihoidossa näyttää olevan hyvin epävarmaa. Olisi tärkeää, että säännöllinen systemaattinen ravitsemuksen seuranta saataisiin osaksi kotihoidon hoitotyötä. Systemaattisella, näyttöön perustuvalla ravitsemuksen seurannalla voidaan aliravitsemusriski havaita tehokkaammin ja aikaisemmin kuin pelkkään hoitajan subjektiiviseen arviointiin perustuvalla ravitsemuksen seurannalla. Vaikka seurannan toteuttaminen tarkoittaisikin

välitöntä kotihoidon työmäärän lisääntymistä ja siten lisäresurssien tarvetta, se todennäköisesti pitkällä tähtäimellä vähentäisi osaltaan myös hoitokustannuksia. Aliravitsemus ja nestehukka heikentävät asiakkaiden kuntoa, tekevät heistä raskashoitaisempia ja lisäävät sairaala- ja muun laitoshoidon tarvetta.

Asiakkaiden tarpeiden mukaisen ravitsemuksen toteuttaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan hoitotyön osaamista. Kotihoidon sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu kotihoidon tiimin terveydenhoidollisena ja sairaanhoidollisena asiantuntijana toimiminen. Hän varmistaa osaamista tiimissä. Tästä opinnäytetyöstä saadut tulokset osoittavat, että asiakkaan tarpeet huomioon ottavan iänmukaisen ravitsemuksen sekä ravitsemustilan seurannan toteuttamisessa kotihoidossa on paljon kehittämistarpeita. Kotihoidossa keskeinen tarve on löytää niukoilla resursseilla toteutettavissa olevia tehokkaita hoitotyön menetelmiä. Työntekijöiden työssään kokemat riittämättömyyden tunteet ovat kasvaneet, ja he ovat huolissaan työntekijöiden määrän vähäisyyden asiakkaille aiheuttamista riskeistä (Kröger 2018. 80).

## 9 . POHDINTA

Kotihoidon sairaanhoitajan työ on lähtökohtaisesti terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. Kotihoidon hoitotyöllä pyritään ehkäisemään riskitekijöitä, jotka heikentävät terveyttä ja toimintakykyä. Sairaanhoitajan tulee, potilaan hoitoa koordinoidakseen, tuntea laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palvelujärjestelmiä.

Olen seurannut kotihoidosta käytävää julkista keskustelua jo pitkään ja nyt opinnäytetyöprosessin myötä vielä aiempaa tiiviimmin. Opinnäytetyötä varten lukemissani tutkimuksissa nousevat esille samat ongelmat kuin julkisessa keskustelussa: kotihoidon laatu on heikentynyt, koska kotihoidon asiakasmäärä suhteessa hoitajien määrään on kasvanut voimakkaasti. Koska tulevien parin vuosikymmenen aikana ikääntyvien määrä suhteessa työikäiseen väestöön tulee kasvamaan entisestään, ei helppoa ratkaisua laadukkaan hoidon turvaamiseen ikääntyville ole. On tärkeää löytää tapoja hyödyntää käytössä olevia resursseja mahdollisimman tehokkaasti. Kotihoidon hoitajat johtavat sairauspoissaolojen määrässä. Kotihoidon henkilökunnan jaksamisesta ja työhyvinvoinnista huolehtiminen on välttämätöntä sairauspoissaolojen määrän vähentämiseksi.

### 9.1 Jatkotutkimusideat

Ravitsemuksesta huolehtiminen on keskeinen toiminto ikääntyneen väestön hoitotyössä. Tämä opinnäytetyö kartoitti hoitajien näkemyksiä kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen toteuttamisesta. Useissa tutkimuksissa kerrotaan aliravitsemuksen lisäävän sairaalahoidon tarvetta. Olisi kiinnostavaa selvittää jonkun lähipalvelualueen määrätyn ajanjakson sisällä sairaalahoitoon joutuneiden asiakkaiden ravitsemustila ja tutkia, onko sairaalahoitossa ollut aliravittuja asiakkaita suhteellisesti merkittävästi enemmän kuin mikä on heidän osuutensa lähipalvelualueen koko asiakaskunnasta. Myös kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan arvioiminen jollakin mittausyökalulla (esim. MNA) antaisi tietoa systemaattisen ravitsemuksen seurannan ja ravitsemushoidon tarpeesta.

## 9.2 Ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä tapahtunut ammatillinen kasvuni on mielestäni ennen kaikkea kotihoidon sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajuuden ja moninaisuuden tarkentumisessa. Kotihoidon sairaanhoitajan työssä johtamis- ja päätöksentekotaidot ovat keskeisiä: sairaanhoitajan tulee kyetä johtamaan omaa toimintaansa, priorisoimaan työtehtäviään ja arvioimaan hoitotiimin resursseja.

Olen työskennellyt kotihoidossa opintojeni ohella opintoihin kuuluneesta kotihoidon harjoittelusta lähtien. Kotihoidon sairaanhoitajan työn itsenäisyys ja monipuolisuus puhuttelevat minua. Kotihoidon sairaanhoitajalle ammatillisen osaamisen laajentaminen ja syventäminen on vielä keskeisempää kuin sairaalassa toimivalle sairaanhoitajalle. Sairaalassa potilaiden hoitovastuu on ensisijaisesti lääkäreillä. Kotihoidon asiakkaiden hoidosta huolehtiminen on ensi sijassa hoitajien vastuulla.

Haastatteluista jäi mieleeni päällimmäiseksi havainto siitä, että haastattelemillani hoitajilla oli paljon osaamista ja tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen seurannasta ja aliravitsemuksen hoidosta ja aitoa pyrkimystä hyvän hoitotyön toteuttamiseen. Useista puheenvuoroista välittyi kuitenkin turhautuneisuutta siitä, että yksittäisiin asiakaskäynteihin varatun ajan lyhyiden takia he eivät mielestään pystyneet toteuttamaan asiakkaidensa hoitoa toivomallaan tavalla. Kiireinen työtahti aiheuttaa eettistä kuormaa. Toteutettaessa hoitotyötä niukoilla resursseilla tarvitaan tiimityöskentelytaitoja ja ongelmien ja ristiriitojen ratkaisukykyä.

Olen luvannut toimittaa opinnäytetyöni kopiot Helsingin kaupungille, tutkimusluvan myöntäneelle taholle sekä niiden lähipalvelualueiden toimistoihin, joissa haastattelut toteutettiin. Toivon, että saan työstäni palautetta. Tämän työn tekeminen osoitti minulle, kuinka laaja ja moninainen kotihoidon työkenttä on ja kuinka pienen segmentin siitä vasta hallitsen.

## LÄHTEET:

- Alden-Nieminen, Helena; Raulio, Susanna; Männistö, Satu; Laitalainen, Elina; Suominen, Merja; Prättälä, Ritva. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi : Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Raportti / Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) : 7/2009. Verkkoersion ISSN 1798-0089
- Elomaa, Ulla. 2015. Potilaan vajaan ravitsemusriskin seulonta MUST-menetelmällä. Helsinki. Metropolia-Ammattikorkeakoulu.
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Mervi ja Moisio, Eeva-Liisa. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Porvoo. Bookwell Oy.
- Gould, Jeremy & Uusihakala, Katja 2016. Tutkija peilin edessä. Reflektiivisyys ja etnografinen tieto. Helsinki. Gaudeamus.
- Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.
- Helmi 2018. Helsingin kaupunki: Ammattiryhmät kotihoidossa. Ohjeita kotihoidon toimintaan. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala\\_kuntoutus\\_ja\\_hoivapalvelut/tyon\\_tuki/ohjeitotoimintaan](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja_hoivapalvelut/tyon_tuki/ohjeitotoimintaan)
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko ja Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Ikonen, Eija-Riitta. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki. Edita.
- Juujärvi, Soile; Myyry, Liisa ja Pessa Kaija 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jyväkorpi, Satu 2016. Nutrition of older people and effect of nutritional interventions on nutrition intake, diet quality and quality of life. Academic Dissertation. Department of General Practice and Primary Health Care. Faculty of Medicine. Helsingin Yliopisto.
- Kaipainen, Tiuhonen, Hartikainen ja Nykänen. 2015. Prevalence of Risk of Malnutrition and Associated Factors in Home Care Clients. Jour Nursing Home Res 2015;1:47-51.

- Kivelä, Sirkka-Liisa. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen: selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Yliopistopaino kustannus.
- Kröger, Teppo; Van Aerschot, Lina ja Puthenparambil Jiby Mathew. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. YFI julkaisuja – YFI Publications 6. Jyväskylän Yliopisto.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Terhi. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Köykkä, Terhi. 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi: MNA-mittarin (mini-nutritional assesment) käyttö. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos (pro gradu).
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Viitattu 2.4.2018  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Orell-Kotikangas, Helena; Antikainen, Anne ja Pihlajamäki, Jussi. 2014. Sairaalapotiilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. duo11941. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <http://www.duodecimlehti.fi/duo11941>
- Salo, Vappu. 2012. [Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen](#) iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen. Turun yliopisto.
- Soini, Helena; Routasalo, Pirkko ja Lauri, Sirkka 2006. Nutrition in Patients Receiving Home Care in Finland. Tackling the Multifactoral Problem. Journal of Gerontological Nursing. 2006. 32 (4): 12-17.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Viitattu 2.4.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Viitattu 2.4.2018  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 viitattu 2.4.2018  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytännötieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käytännötieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. Viitattu 2.4.2018 [www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettiset\\_periaatteet.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettiset_periaatteet.pdf)

Wood, Cate 2017. Ensuring good nutrition for older patients in the community. Julkaisussa Journal of Community Nursing 2017, vol.31 (3) 49-51.

## LIITTEET

### Liite 1. Kotihoidossa käytettäviä toimintakyvyn mittareita

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Asiakkaan RAI-arvioinnissa selvitetään mm. arjesta suoriutumista, psyykkistä ja kognitiivista vointia, sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia, terveydentilaa, ravitsemusta ja kipua. Kotihoidossa asiakkaiden RAI-arviointia tehdään säännöllisesti, suosituksen mukaan kuuden kuukauden välein.

MMSE (Mini-Mental State Examination) on helppokäyttöinen lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti. Sen suorittaminen vie 10–15 minuuttia. MMSE antaa tulokseksi helposti dokumentoitavan numeerisen arvon. Kotihoidon asiakkaiden MMSE-arvoja seurataan säännöllisesti: ensimmäinen testi tehdään mahdollisimman pian asiakkuuden alkamisen jälkeen.– Tämän jälkeen, mikäli asiakkaiden kognitiivisissa kyvyissä ei tapahdu näkyviä muutoksia mittauksia tehdään vuosittain. Mikäli vaikuttaa, että kyvyissä on tapahtunut muutoksia, mittauksia tehdään tarpeen mukaan,

RAVA® (Rajala-Vaissi) on mittari, jolla arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja avun tarvetta, jotta hänet voidaan hoitaa hänelle sopivimmassa hoitomuodossa. Mittarin omistaa Suomen Kuntaliitto. Kotihoidon asiakkaiden RAVA-hoitoisuusluokitusta arvioidaan säännöllisesti. Tavoite on, että kaikkien asiakkaiden RAVA-luokitus päivitetään puolen vuoden välein.

GDS (Geriatric Depression Scale) Erityisesti ikääntyneiden henkilöiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari. Masennuksella on usein suora yhteys ruokahuonon, joten masennuksen hoitamisella on suuri merkitys hyvää ravitsemusta turvattaessa.

IADL (Instrumental Activities of Daily Living) soveltuu iäkkäiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja yleisen toimintakyvyn sekä palvelutarpeen arviointiin

## Liite 2. Haastattelun teemat

Hain vastausta tutkimusongelmiini seuraavien teemojen avulla:

Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan arviointi,

Ravitsemustilan arvioinnissa käytetyt mittarit.

(Mitä mittareita hoitajat käyttävät eniten/vähiten/eivät ollenkaan? Minkä takia?)

Havaittuihin ravitsemusongelmiin puuttuminen,

(Mitkä keinot asiakkaiden ravitsemusongelmien hoitamisessa ovat hoitajien näkökulmasta osoittautuneet tehokkaimmiksi?)

Ravitsemuksen toteuttamista tukevat/auttavat/vaikeuttavat/estävät seikat,

(Mitkä seikat auttaisivat/tukisivat hoitajia asiakkaiden hyvän ravitsemuksen turvaamisessa?)

Hoitajien tukeminen hoitotyön toteuttamisessa.

## Liite 3. Esittelykirje kotihoidon tiimeille

Helsinki 12.12.2017

Hei XXXXXXXX:n kotihoidon hoitajat,

Olen tekemässä sairaanhoitajan opinnäytetyötäni DIAK:lle ja tarvitsen työtä varten haastatteludataa kotihoidon lähihoitajilta. Olen saanut kaupungilta tutkimusluvan haastattelujen tekemistä varten.

Tarvitsisin siis 3-4 hoitajaa tunnin pituista ryhmäteemahaastattelua varten. Haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan. Heti litteroinnin valmistuttua nauhoitus hävitetään. Myös litterointi hävitetään ot-tekstin valmistumisen jälkeen. Valmiista työstä ei käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys, eikä lähipalvelualue, missä haastattelu on toteutettu.

Opinnäytetyöni aiheena on kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen seuranta ja tukeminen hoitajien näkökulmasta.

Tutkimuskysymykseni ovat: Millä tavoin kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaidensa ravitsemustilaa? Millä keinoin hoitajat puuttuvat havaitsemiinsa ravitsemusongelmiin? Mitkä toimet voisivat tukea hoitajien työtä kotihoidon asiakkaiden hyvän ravitsemuksen toteuttamisessa?

Haastatteluun osallistuvien hoitajien valintakriteereinä on halukkuus osallistua haastatteluun ja työvuoron sopivuus haastatteluajankohtaan nähden. Mikäli sopivia haastateltavia on tarjolla tarvetta enemmän, pyrin kokoamaan (työkokemuksen, iän, sukupuolen) suhteen mahdollisimman heterogeenisen ryhmän. Mikäli edellä mainittujen kriteerien jälkeenkin tarjokkaita olisi enemmän kuin ryhmään on mahdollista ottaa, valinta suoritetaan arpomalla.

Toivon kovasti, että saan haastattelun tehtyä!

Terv. Hanna Maasola

## Liite 4. Esitietolomake

Ikä:

Sukupuoli:

Koulutus.

Terveydenhuoltoalan koulutus kokonaisuudessaan (aika):

Työkokemus kotihoidossa (aika):

Mitä seuraavista ravitsemuksen mittaustyökaluista tunnet/olet käyttänyt työssäsi?

	en tun- ne	tunnen/en ole käyt- tänyt	tunnen/ olen käyttänyt satunnaisesti	tunnen/käytän säännöllisesti	muu:mikä?
MNA					
MUST					
BMI					
NRS- 2002					

## Liite 5. Haastateltujen hoitajien ikä ja työkokemus

<b>Ikä vuosina</b>	<b>Hoitajien lukumäärä</b>
31	2
42	1
44	1
51	1
53	1
59	1

<b>Työkokemus kotihoidossa (vuosina)</b>	<b>Hoitajien lukumäärä</b>
3-5	2
8-15	2
20-27	3

<b>Työkokemus terveydenhuollossa</b>	<b>Hoitajien lukumäärä</b>
3-5	2
11-19	2
25-28	2
33	1



## Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

### Seulonta

**A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia**

0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti  
1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman  
2 = ei muutoksia

**B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana**

0 = painonpudotus yli 3 kg  
1 = ei tiedä  
2 = painonpudotus 1-3 kg  
3 = ei painonpudotusta

**C Liikkuminen**

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas  
1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona  
2 = liikkuu ulkona

**D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus?**

0 = kyllä 2 = ei

**E Neuropsykologiset ongelmat**

0 = dementia tai masennus  
1 = lievä dementia  
2 = ei ongelmia

**F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>)**

0 = BMI on alle 19  
1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21  
2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23.  
3 = BMI on 23 tai enemmän

**Seulonnan tulos**

(väisumma maksimi 14 pistettä)

12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila  
8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut  
0-7 pistettä: Aliravittu

Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R

### Arviointi

**G Asuuko haastateltava kotona**

1 = kyllä 0 = ei

**H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä**

0 = kyllä 1 = ei

**I Painehaavauomia tai muita haavoja iholla**

0 = kyllä 1 = ei

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
Enemmän tietoa löydät: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com) -sivuilta.

### J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria  
1 = 2 ateria  
2 = 3 ateria

### K Sisältääkö ruokavalio vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä  kyllä  ei
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)  kyllä  ei
- lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä  kyllä  ei

0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus  
0.5 = jos 2 kyllä-vastausta  
1.0 = jos 3 kyllä-vastausta

### L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei 1 = kyllä

### M Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...)

0.0 = alle 3 lasillista  
0.5 = 3-5 lasillista  
1.0 = enemmän kuin 5 lasillista

### N Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä  
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua  
2 = syö itse ongelmitta

### O Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus  
1 = on epävarma ravitsemustilastaan  
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

### P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0.0 = ei yhtä hyvä  
0.5 = ei tiedä  
1.0 = yhtä hyvä  
2.0 = parempi

### Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

0.0 = OVY on alle 21 cm  
0.5 = OVY on 21-22 cm  
1.0 = OVY on yli 22 cm

### R Pohkeiden ympärysmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm  
1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

### Ravitsemustilan arviointiasteikko

24-30 pistettä  Normaali ravitsemustila  
17-23,5 pistettä  Riski virheravitsemukselle kasvanut  
alle 17 pistettä  Aliravittu

### MUST Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä

